様式第１号(第５条関係)

舟橋村成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

年　　　月　　　日

舟橋村長　様

　舟橋村成年後見制度利用支援事業実施要綱第５条に基づき、下記並びに別紙のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、村長がこの事業の利用の可否を決定するにあたって、公簿等により所得状況、住所その他の必要事項について確認されることに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  (成年被後見人等) | | 住　所 | 〒 | | | |
| 氏　名 | 印 | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 性　別 | 男・女 | 電話番号 | |  |
| 申　請　者　の  成年後見人等 | | 住所(所在) | 〒 | | | |
| 氏名(名称) | 印 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 後見等の内容(〇で囲む) | | | 成年後見　　　　保佐　　　　補助 | | | |
| 必  要  書  類 |  | | □　後見等開始の事実が証明できる書類 | | | |
| □　資産証明又は評価証明 | | | |
| □　登記事項証明書(必要とする場合のみ添付) | | | |
| 生活保護受給の有　　　無 | □　有 | 受給開始年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| □　生活保護受給証明書 | | | |
| □　無 | □　預貯金通帳の写し | | | |
| □　年金振込通知書の写し | | | |
| 申請の理由 | | | | | | |

　下記の助成を申請します。また、助成が決定された場合、申請した口座への振込みをお願いします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助　成　申　請　額 | | 円  （　　　年　　　月分から　　　年　　　月分まで） | | | |
| 助 成 の 種 類（必 要 書 類） | □申 立 て 費 用 | 内　　 　訳 | □収入印紙代 | | 円 |
| □郵便切手代 | | 円 |
| □登記印紙代 | | 円 |
| □診断書料 | | 円 |
| □鑑定料 | | 円 |
| □その他(　　 　) | | 円 |
| 必 要 書 類 | □領収書等費用支払い額を証明するもの | | |
| □成年後見人等へ  の報酬等 | 必 要 書 類 | □報酬付与の決定通知 | | |
| □必要経費が判明する書類 | | |
| 振　　込　　先 | 金 融 機 関 名 | 銀行  　　　　　　　　金庫  　　　　　　　　組合  　　　　　　　　農協 | | 支店  　　　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　　支所 | |
| 口 座 番 号 | 普通・当座・その他（　） | | 番号： | |
| （フ リ ガ ナ）  名　　義　　人 |  | | | |

注1　助成限度額は以下のとおりとする。

1　成年後見制度に係る審判の申立て費用に関する助成は100,000円を上限とする。

2　成年後見人等への報酬等の助成については、成年被後見人等の生活の場が在宅にあって

は月額28,000円、施設入所又は病院に入院している場合にあっては月額18,000円を上

限とする。

注2　振込先は、成年被後見人等の名義の口座に限ります。